

Goede keuzes?!

Citation for published version (APA):

Metsemakers, J. (2019). *Goede keuzes?! 45 jaar UM : Afscheidsrede Prof. dr. Job Metsemakers*. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/spe.20190913jm>

Document status and date:

Published: 13/09/2019

DOI:

[10.26481/spe.20190913jm](https://doi.org/10.26481/spe.20190913jm)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.



Maastricht University

Afscheidsrede 13 september 2019

Prof. dr. Job Metsemakers

Vakgroep Huisartsgeneeskunde Maastricht

Goede keuzes?! 45 jaar UM



Goede keuzes ?!

45 jaar UM

Colofon

Fotografie: Tetsuro Miyazaki

E-mail: op1ijn@maastrichtuniversity.nl

Ontwerp: Canon The Creative Hub

© Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd bestand of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Goede keuzes ?!

45 jaar UM

Maastricht, 13 september 2019

Job Metsemakers



Rector Magnificus, Voorzitter van het College van Bestuur, Decaan en Vice Decaan van de Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, lid van de Raad van Bestuur van het Maastricht UMC+, Voorzitter van de Vakgroep Huisartsgeneeskunde, jaargenoten uit 1974, studenten, collega hoogleraren uit Maastricht en andere universiteitssteden, collegae van de vakgroep Huisartsgeneeskunde en andere vakgroepen/afdelingen, familie, vrienden en belangstellenden.

Heel hartelijk welkom.

Fijn dat jullie met zovelen op deze verjaardag zijn gekomen. Inderdaad, vandaag word ik 67 jaar.

Deze datum leek me een prima gelegenheid om mijn afscheidsrede “Goede keuzes ?! 45 jaar UM” te plannen, omdat deze vlak voor 16 september ligt.

En dat is een uiterst belangrijke datum.

U ziet hieronder de omslag van het Jaarboek Maastricht 1974. Ik citeer eruit: “Maandag 16 september Anno Domini 1974 is een datum, die eigenlijk uit de chronologische volgorde van wat er dat jaar al zo is gebeurd, gelicht zou moeten worden, omdat de geschiedschrijving die dag zal boekstaven als de belangrijkste dag van dit jaar. De Medische Faculteit Maastricht in oprichting ging van start en Maastricht wordt binnenkort een Universiteitsstad.” Einde citaat.



Jaarboek Maastricht 1974

Dat is komende maandag 45 jaar geleden, vandaar mijn 45 jaar UM in de titel.

Uiteraard weet ik dat de officiële handtekening van Koningin Juliana in 1976 is gezet en het voor de Universiteit dus nog geen 45 jaar UM is. Lees UM dan maar met kleine letters zoals in het dialect “um”, oftewel voorbij. Voor mij zijn er 45 jaar *um*, voorbij.

Nu ik het tweede deel van mijn titel heb toegelicht, rest mij nog iets te zeggen over “Goede keuzes ?!”

Een afscheidsrede biedt gelegenheid om nostalgisch terug te kijken en dat zal ik ook doen. Anderzijds is het ook een beetje verantwoording afleggen.

Keuzemomenten

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| • De brief van Klein | <i>Studeren in Maastricht</i> |
| • Huisarts in 1 jaar | <i>Wordt het 5 jaar?</i> |
| • De hand van Greep | <i>Het kwam toch goed</i> |
| • Lijnen komen samen | <i>Het RNH</i> |
| • Het academisch netwerk | <i>Zorggroepen in opkomst</i> |
| • Het internationale DNA | <i>Reisuniversiteit Limburg</i> |

Ik kijk terug aan de hand van een beperkt aantal onderwerpen die u hier benoemd ziet. Het lijstje is al stevig ingekort. Ik zal ook de vrijheid nemen, om op een aantal punten mijn mening te geven.

Domtoren Utrecht



 Maastricht University

Vakgroep Huisartsgeneeskunde
www.huisartsgeneeskundemaastricht.nl

Ik was, conform mijn voorkeur, in Utrecht geplaatst. Ik had me daar al ingeschreven voor de introductie en was in juli/augustus 1974 op zoek naar een kamer.

Plots ontving ik een brief van Staatssecretaris Klein. De inhoud was kort gezegd:

- in Maastricht begint een nieuwe opleiding geneeskunde;
- het is officieel een cursus;
- als u voor Maastricht inschrijft, vervalt uw oorspronkelijke inschrijving;
- u krijgt geen garantie dat de cursus een officiële opleiding wordt.

Ik wist niet direct of Maastricht dus een goede keuze zou zijn. Toevallig kwam ik Robert Hulsmans, een oud klasgenoot van de middelbare school, tegen. Hij vertelde dat hij voor Maastricht koos. Zijn oom Prof. Harry Hulsmans, hoogleraar in Rotterdam, zou naar Maastricht komen. Hij had hem verteld dat het een heel ander soort opleiding zou worden met werken in kleine groepen.

Mijn afweging was:

- Utrecht, met een instroom van 300 studenten plus de zekerheid dat er in jaar 2 nog maar 200 studenten zouden zitten.
- of Maastricht met een instroom van 50 studenten plus de verwachting dat ze allemaal zouden doorstromen.

Het perspectief van een kleine groep studenten en een nieuwe manier van opleiden sprak me aan.

Ik koos voor Maastricht en heb dat nooit betreurd. Staatsecretaris Klein noemde ons cursisten, maar in werkelijkheid werden we gewoon studenten genoemd.



Collegekaart

Maar denk niet dat de inschrijving storm liep. Niet alle 50 beschikbare plaatsen werden gevuld. Een groep uitgelote studenten kreeg het aanbod om alsnog naar Maastricht te komen. Ons jaar bestond dus niet alleen uit bewuste kiezers van het nieuwe onderwijsprogramma. Ik ben ervan overtuigd dat de kritische houding van ons studenten tot een vruchtbare dialoog met de onderwijsmakers heeft geleid, en het onderwijsprogramma heeft verbeterd.

Het onderwijsprogramma was inderdaad nieuw en meestal net op tijd klaar. Als studenten werden we betrokken bij opzet en evaluatie. Er heerste een pioniersgeest. Samen zouden we de kritiek, dat in Maastricht medische maatschappelijk werkers werden opgeleid, weerleggen.

Ik kan vele uren over het eerste jaar, maar ook over de andere jaren vertellen. Ik zal me beperken tot enkele aspecten.

Ik begin met Kennis van onderwijs.

Kennis van onderwijs

Wat is het nut van onderwijsgroepen? Deze vraag werd uiteraard vaak gesteld. We kwamen allemaal uit het klassiek klasmodel van de leraar die de stof doorneemt en vertelt welke pagina's geleerd dienden te worden voor het proefwerk.

Nu moesten we in een onderwijsgroep een casus bespreken, taken verdelen en zelf besluiten wat te leren. Een tutor mocht ons begeleiden, maar was zeker in de beginjaren ook nog niet helemaal vaardig om dat te doen. De onderwijsmakers waren nog zoekend om het model van de Mc Master Universiteit uit Canada te vertalen naar de Maastrichtse situatie.

Goede, duidelijke en door wetenschappelijk onderzoek onderbouwde uitleg was eigenlijk noodzakelijk om studenten, maar ook stafleden, te overtuigen van de gemaakte keuzes. Dat wetenschappelijk bewijs over Problem-based en later Probleemgestuurd onderwijs was zeker niet in ruime mate aanwezig. Veel was in die tijd gebaseerd op 'belief', geloof in deze nieuwe onderwijsmethode.

Inmiddels is in het huidige onderwijs op de middelbare school het werken in groepen en projectonderwijs ingevoerd. Maar dat wil niet zeggen dat scholieren/studenten de onderliggende motieven van deze onderwijsmethodes begrijpen.

Naar mijn mening moet vanaf het begin van de studie uitleg gegeven worden over de onderwijsmethodes. Waarom wordt deze methode gekozen? Hoe past dat in het geheel? Hoe kan je het meeste profijt hebben van de methode? Ik doel daarbij niet op een syllabus van 20 pagina's, maar korte documenten/filmpjes die beschikbaar komen als de student eraan toe is, 'just in time'. Deze kennis zou onderdeel moeten zijn van toetsing. Het gaat dus om weten en begrijpen waarom het onderwijs op een bepaalde manier wordt vormgegeven.

Een andere punt is: Hoe kun je studenten motiveren ?

Studenten motiveren



Maastricht University

Vakgroep Huisartsgeneeskunde
www.huisartsgeneeskundemaastricht.nl

Studenten die geneeskunde komen studeren willen dokter worden, mensen helpen of redden. Mogelijk verwachten ze op basis van allerlei tv series veel heroïek, maar ze hebben wel een duidelijk doel.

In het curriculum van 1974 werden we snel met de patiënt en de gezondheidszorg in contact gebracht.

In ons blok 1.1 werden direct patiëntproblemen gepresenteerd. Ik kon de afstervende teen van een diabetespatiënt bijna ruiken, ook al was het een papieren casus. En natuurlijk wilde ik alles weten om de teen te redden en herhaling aan de andere voet te voorkomen.

Ik denk dat echte patiënten of patiëntcasuïstiek in de eerste studie jaren een uiterst belangrijke motivator zijn tot studeren. Er moet een probleem zijn, een uitdaging om op te lossen. En het moet bijdragen aan het gevoel steeds meer dokter te worden. Tegelijkertijd moet een casus ook aanzetten tot het bestuderen van de onderliggende fysiologie en pathofysiologie, in hun onderlinge samenhang.

In het blok “Intercity” leerden we de structuur van de gezondheidszorg en de werkers in de zorg kennen. Niet op basis van een papieren omschrijving, maar door persoonlijk contact. We reden van ziekenhuis naar maatschappelijk werk en van apotheek naar revalidatiecentrum. Uiteraard voorbereid in de onderwijsgroep en met lijstjes van de te stellen vragen.

Vlak voor Kerstmis 1974, dus binnen vier maanden na de start van mijn studie, mochten we enkele dagen bij een huisarts meelopen/meekijken. Het was fascinerend, omdat ik sommige dingen al begreep op basis van wat ik geleerd had en ook omdat het me motiveerde problemen uit te zoeken.

In het eerste studiejaar was ook een periode van vier weken in het ziekenhuis onderdeel van het curriculum. Maar we kwamen niet in de rol van student/toekomstig arts, maar als verpleeghulp. Billen wassen, bedden opmaken en overdracht bijwonen. Het was niet altijd gemakkelijk, want we waren natuurlijk wel studenten geneeskunde, die ook over de ziekte van de patiënt iets wilden leren.

Kort gezegd: een echte patiënt, levensechte patiënt casuïstiek, contact met andere werkers in de zorg en oriëntatiestages in de zorg waren de motiverende aspecten in het eerste jaar van ons curriculum. In de daaropvolgende curriculumjaren zijn deze programma's uitgebouwd.

De voortdurende en sterke toename van het aantal studenten, nu zo'n 360 per jaar, heeft grote invloed gehad op de mogelijkheden van patiënt-contacten in de praktijk. Ik beperk me tot de huisartsgeneeskundige setting. Vanuit de Vakgroep Huisartsgeneeskunde hebben we zowel het OEL programma (Oriëntatie Eerste Lijn), als deels ook het Adoptiemodel, een programma waarin studenten uit jaar 2 tot 4 regelmatig naar de huisarts en een gezin gingen, moeten beëindigen. De logistiek werd steeds complexer, het leerrendement ging omlaag en we hadden niet genoeg stageplekken meer beschikbaar. We kregen met de grootste moeite genoeg stageplekken voor het coschap huisartsgeneeskunde afgesproken.

Ik heb het beëindigen van OEL en Adoptie zeer betreurd, omdat studenten met regelmaat in contact kwamen met het werk van de huisarts. Ze konden dan zien dat een groot deel van de gepresenteerde klachten en problemen ook door de huisarts kon worden aangepakt en behandeld. Toch een beetje tegenwicht tegen de soms heroïsche ziekenhuiszorg.

Ik zie een nieuwe Bachelor, met meer vrijheid en verantwoordelijkheid van de student voor zijn eigen studieprogramma, met vrouwen tegemoet. Daarnaast hoop ik dat studenten vanaf het begin met de hulpvragende mens te maken krijgen.

Verder denk ik dat de huidige masterfase nog bijstelling vereist. Ik meen dat de veranderingen in de gezondheidszorg, waarbij zowel het takenpakket van de huisarts als van de ziekenhuisspecialist sterk veranderd is en nog verder zal veranderen, tot een grondige analyse moeten leiden ten aanzien van het praktisch medisch onderwijs, zoals ik de coschappen zou willen noemen.

Als Vakgroep zullen we onze uiterste best blijven doen om zoveel mogelijk huisartsen bereid te vinden tot deelname aan bachelor- en/of masterprogramma.

Huisarts in één jaar. Wordt het vijf jaar?

In 1973 veranderde het Academisch Statuut, waarbij de opleiding tot Basisarts 6 jaar werd. Elke Medische Faculteit kreeg toen een Huisartsinstituut dat verantwoordelijk werd voor de éénjarige opleiding tot huisarts. Ook in Maastricht kwam die opleiding tot stand, een beetje in de luwte van alle aandacht voor het PGO basiscurriculum.

Ik moest in 1979 kiezen welke vervolgopleiding ik na mijn afstuderen in 1980 zou gaan doen. Het coschap Huisartsgeneeskunde van 12 weken - toen Praktisch Medisch Onderwijs in de Huisartspraktijk (PMO-H) geheten - had ik met veel plezier in het Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord gelopen. Maar ook de Interne Geneeskunde en de Psychiatrie spraken me aan.

Ik koos tenslotte voor de Huisartsgeneeskunde, in de overtuiging dat ik elementen uit de Interne Geneeskunde – zoals puzzelen om de diagnose te stellen – en gesprekken zoals in de GGZ, heel goed in de huisarts setting zou kunnen inpassen.

Dat heb ik inderdaad kunnen doen en mijn keuze voor de huisartsgeneeskunde is voor mij een goede keuze geweest.

In 2003, toen ik mijn oratie voorbereidde, heerste er een negatieve stemming over de toekomst van de huisartsgeneeskunde, mede door het weekklaag van de huisartsen zelf.

Oratie 2003



De huisarts blijft!

Maastricht University

Vakgroep Huisartsgeneeskunde
www.huisartsgeneeskundemaastricht.nl

Ik gaf mijn oratie de titel: De huisarts blijft! en hanteerde bewust het uitroepteken. Ik denk dat ik mag zeggen dat ik gelijk had, want de positie van de huisarts in ons zorgstelsel is nu onomstreden.

Huisarts in één jaar. Wordt het vijf jaar?

Terug naar de duur van de Huisartsopleiding. Mijn opleiding in 1980 duurde één jaar. Dat was kort, te kort. In twee stappen werd de opleiding vanaf 1994 drie jaar, waarbij, op basis van Europese regelgeving, ook een ziekenhuisstage verplicht onderdeel werd. Nu klinken in Europa geluiden over verdere verlenging van de opleidingsduur.

Die Europese regelgeving gaat over vrij verkeer van personen en dus over erkenning van elkaars diploma. Kort gezegd: wie in Nederland zijn diploma als huisarts krijgt, moet in Frankrijk als huisarts worden geaccepteerd, zonder aanvullende scholingsvereisten, behalve de taalvaardigheid. Alle Europese landen moeten dus met elkaar afspreken welke voorwaarden gelden voor wat ik maar even, de Europese huisarts, noem.

EURACT, de Europese vereniging van docenten huisartsgeneeskunde, heeft de opleidingen in de verschillende landen in kaart gebracht. Er zijn grote verschillen: in enkele landen wordt het merendeel van de opleiding in het ziekenhuis doorgebracht, waar veel productie en weinig opleiding aan de orde is. In andere landen is de huisarts eigenlijk nog niet als een specialist erkend, waar de wens van een opleidingsduur van vijf jaar tevoorschijn komt. De redenering is, dat alleen als de opleidingsduur van de huisarts gelijk is aan die van een ziekenhuisspecialist, zoals

bijvoorbeeld een internist, zal de huisarts erkend worden. Het streven naar verlenging is dus niet altijd gebaseerd op inhoudelijke argumenten, maar soms ook op politieke gronden.

Het is verstandig om bij discussies over de opleidingsduur het Europese perspectief mee te nemen. Dit dwingt ons met onze buitenlandse collegae mee te denken over nut en invulling van de ziekenhuisstages, waarbij wij van onze kant een variabele opleidingsduur op basis van verworven en aangetoonde competenties aankaarten.

Ik ga nu naar mijn derde onderwerp De hand van Greep

De hand (van) Greep



Bron: Observant, Wammes Bos, oktober 2017
Over-geheime-plannen-en-de-voorliefde-voor-teckels

 Maastricht University

Vakgroep Huisartsgeneeskunde
www.huisartsgeneeskundemaastricht.nl

Prof. Co Greep was chirurg en decaan van de Faculteit Geneeskunde in de periode dat over het academisch ziekenhuis beslist moest worden.

Een medische faculteit heeft een academisch ziekenhuis. Dat was het uitgangspunt van Maastrichtse bestuurders: Faculteit, Universiteit, Gemeente, maar niet Den Haag.

En als er dan een academisch ziekenhuis kwam, werd dat dan St. Annadal of was het ziekenhuis De Wever in Heerlen niet logischer? Moest er aanbouw op het Annadal-terrein of volledige nieuwbouw op Randwijck?

Het proces vat ik samen als heftige, intense, soms op de persoon gespeelde debatten. Het resultaat staat op Randwijck, maar Annadal is ook nog steeds als zorgvoorziening in gebruik en sinds kort formeel verbonden aan het MUMC+.

Prof. Wim Brouwer, hoogleraar Huisartsgeneeskunde en Prof. Marius Romme, hoogleraar Sociale Psychiatrie, meenden dat het een goede gelegenheid was om ook de academisering van de eerste lijn/huisartsgeneeskunde en de sociale psychiatrie aan de orde te stellen.

Want: waarom zou innovatie en integratie van zorg, onderwijs en onderzoek niet ook, in deze buiten het ziekenhuis gelegen sectoren, aan de orde zijn ?

Met enkele collega-huisartsen in opleiding zagen wij de ontwikkeling van zo'n academisch eerstelijns gezondheidscentrum wel zitten. Paul Hulshof, Jan Nijhof, Koen van Vugt, Rob Winter en ik schreven een plan. We keken voorzichtig naar de groeiende nieuwe Maastrichtse wijk De Heeg als vestigingsplaats. Greep en Brouwer steunden onze plannen. Toch kwam er plots een kink in de kabel, toen Greep in zijn enthousiasme (of boosheid?) in een overleg met Maastrichtse huisartsen meedeelde, dat hij "zijn jongens" in De Heeg zou zetten. In een tijd dat de huisartsen hun vestigingsbeleid hadden, viel dat helemaal verkeerd. Ik kreeg dan ook een uitnodiging om bij de voorzitter van de Maastrichtse huisartsenvereniging te komen, die me duidelijk maakte 'dat het zo in Maastricht niet werkte'.

De hand van Co Greep had ons veel te vroeg in het proces willen helpen. Dat was geen goede keus van hem. Wij hadden nog geen netwerk dat ons had kunnen ondersteunen en noch Faculteit of Vakgroep had contacten met de gemeente over de ontwikkeling van de wijk. Bij de ontwikkeling van het Leidsche Rijn project in Utrecht, eind jaren 90, heeft de samenwerking tussen gemeente, universiteit en zorgverzekeraar wel geleid tot gezondheidscentra, verbonden met de Universiteit Utrecht.

Maar het is toch goed gekomen. Rob Winter is psychiater geworden, Paul Hulshof, Jan Nijhof en Koen van Vugt werden inderdaad huisarts. Zij hebben ook aan onderwijs, opleiding en wetenschappelijk onderzoek deelgenomen. Zelf ben ik in april 1982 bij de Universiteit Maastricht in dienst getreden om vanuit de capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde de

academisering verder uit te werken. Tegelijkertijd zochten Wim Brouwer en ik naar een praktijk. Geheel onverwacht werd Wim Brouwer benaderd door huisarts Jacques Kuijpers uit Geulle. Deze had teveel werk als solist, maar te weinig voor twee huisartsen. Hij vroeg aan Wim Brouwer of hij niet een huisarts had die half time zou kunnen komen werken. Na enkele gesprekken over wat academisering inhield, durfde Jacques Kuijpers het avontuur aan.

Ik heb toen in mei 1982 een uitstekende keuze gemaakt.

De lijnen komen samen: 1982-1988

Als ik nu terugkijk op de periode 1982 – 1988 zie ik dat verschillende lijnen samen kwamen. En ik werd een soort knooppunt op basis van eerder opgedane kennis.

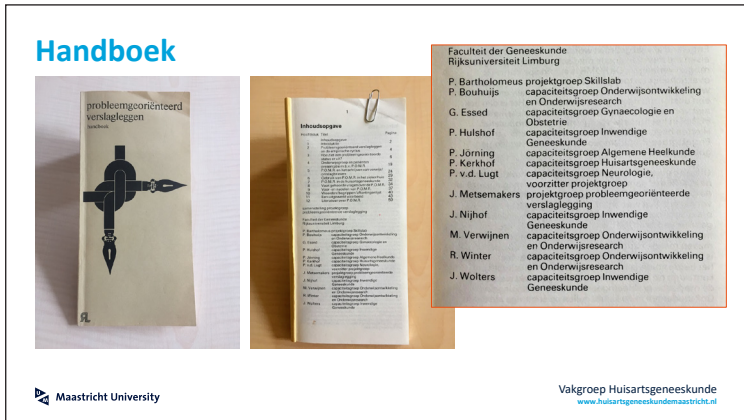
Ik benoem ze als:

- Probleem-georiënteerde verslaglegging
- Het werk van de huisarts
- Classificatie van gegevens uit de huisartspraktijk
- Ontwikkeling van het Huisarts Informatie Systeem (HIS)

Probleem-georiënteerde verslaglegging

Op instigatie van Prof. Evert Reerink, voorzitter van de Capaciteitsgroep Gezondheidszorgontwikkeling, liepen Paul Hulshof en Jan Nijhof, tijdens het keuze-onderwijs in jaar 4, stage in Guy's Hospital in London, waar ze kennis maakten met de probleem-georiënteerde verslaglegging. Tijdens mijn verblijf op de afdeling Interne Geneeskunde van het Michael Reese Hospital te Chicago, nam ik de gelegenheid te baat om ook mee te lopen op de afdeling, die verantwoordelijk was voor de invoering van de Problem Orientated Medical Record (POMR) in dat ziekenhuis.

Onze opgedane kennis werd in Maastricht zeer gewaardeerd en er kwam een projectgroep Probleem-georiënteerde Verslaglegging tot stand. Deze rondde in 1981 een handboek af met daarin richtlijnen voor de verslaglegging in het ziekenhuis en de huisartspraktijk.



Ondanks de brede samenstelling van de projectgroep bleek het lastig belangstelling voor verslaglegging te stimuleren. Dat gold toen en geldt nog steeds. Ik zal hier geen betoog gaan houden over het grote belang van zorgvuldige en volledige verslaglegging. Iedereen zal het daarmee eens zijn. Helaas komt adequate scholing in verslaglegging maar moeizaam van de grond. En deze opmerking geldt voor zowel het basiscurriculum, alsook de specialistische vervolgopleidingen, hoewel op dit moment wel een training verslaglegging in het curriculum van de Maastrichtse huisartsopleiding is opgenomen.

Het werk van de huisarts

Als jonge discipline moest de huisartsgeneeskunde haar eigen taak en onderzoeksagenda opstellen. Een belangrijke lijn was de beschrijving van het handelen van de huisarts. De Haagse huisarts Oliemans beschreef al in 1969 de aandoeningen, die door een 50-tal huisartsen in hun praktijken werden gezien. In 1967 startte Prof. Frans Huygen in Nijmegen met de Continue Morbiditeits Registratie, die nog steeds bestaat.

Toen ik in 1982 in dienst kwam, werkte de Maastrichtse Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde aan het Basisproject Verslaglegging en Registratie. Ook dat project was gericht op het vastleggen van het handelen van de huisarts. De gegevens zouden in NHG probleem-georiënteerde gezinsmappen worden genoteerd. Volgens het projectvoorstel zouden zelfs speciale kasten worden aangeschaft. Een 15-tal huisartsen uit Zuid-Limburg werkte aan de vraagstellingen en oriënteerde zich op te gebruiken classificaties.

Ik mocht toetreden tot de projectgroep omdat ik:

- a. kennis had van Probleem-georiënteerde Verslaglegging en
- b. kennis had van de Ambulatory Care Surveys – grote onderzoeken in de Amerikaanse primary care setting, en
- c. kennis had van de NAPCRG Process Classification for Primary Care, die in ontwikkeling was. Prof. Francois Schellevis en ik hebben in Nederland een pilot met deze ‘proces classificatie’ uitgevoerd.

Classificatie van gegevens uit de huisartspraktijk

De door de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) uitgegeven International Classification of Diseases (ICD) was en is niet geschikt voor gebruik in de huisartspraktijk, omdat de ICD volledig gericht is op diagnoses, terwijl in de huisartssetting een klassieke diagnose vaak niet gesteld kan worden.

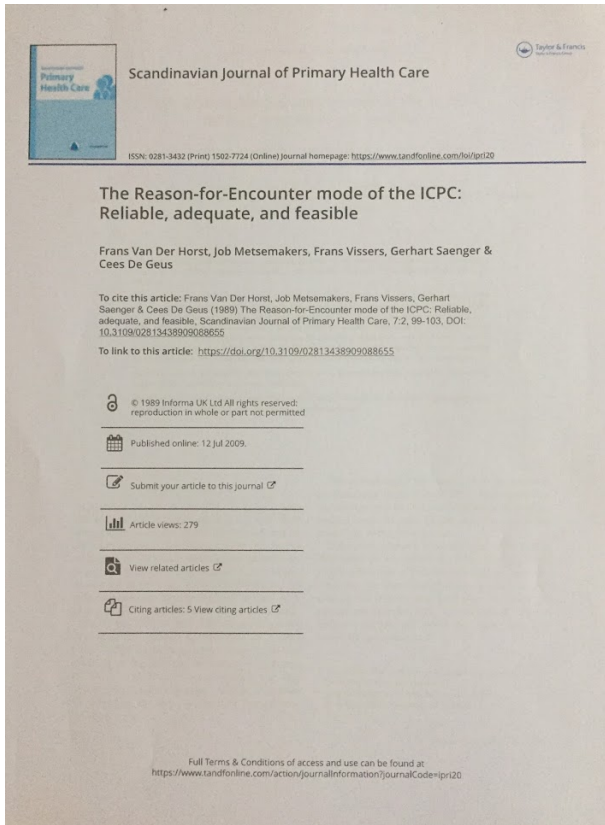
Rond 1985 presenteerde Prof. Henk Lamberts van de Universiteit van Amsterdam een Reason For Encounter classificatie (RFE), waarmee de reden van komst - wat de patiënt zelf zegt waarvoor hij komt – eenvoudig geclassificeerd kon worden. Meerdere huisartsen uit het Basisproject hebben deelgenomen aan een pilot met de RFE.

Lamberts heeft de RFE doorontwikkeld tot de ICPC, de International Classification of Primary Care. Daarmee kon niet alleen de 'reden van komst', maar ook 'verrichtingen' (het voorschrijven van een recept of diagnoses, zoals lage rugpijn) en 'plan/beleid' worden vastgelegd.

Ontwikkeling van het Huisarts Informatie Systeem (HIS)

Over de ontwikkeling van het HIS – het Huisarts Informatie Systeem - is een spannend boek te schrijven. Ik beperk me tot dat deel wat relevant is vanuit mijn perspectief.

In 1983 zette het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Cultuur in Zuid-Limburg het project Regionaal Informatie Voorzieningssysteem Gezondheidszorg (RIVOG) op. Onderdeel daarvan was het HIS project, ofwel automatisering in de huisartspraktijk.



Artikel

Drie huisartsen uit de regio Heerlen werden benaderd om mee te werken. Paul Höppener, al jaren lid van de werkgroep 'Huisarts en Computer' van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), was een self-made computerexpert. GeertJan van Schendel was lid van het Basisproject Verslaglegging en Registratie. Hij kon zijn kennis over coderen en classificeren inbrengen, terwijl Frank Guldemond actief met de probleem-georiënteerde verslaglegging aan het stoeien was.



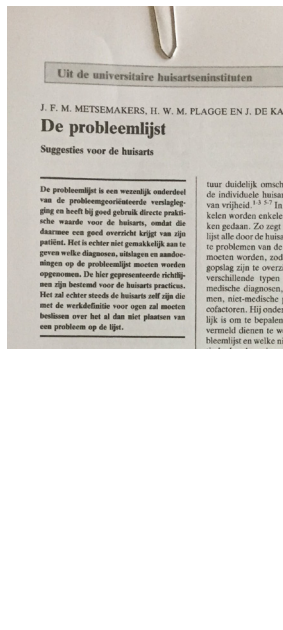
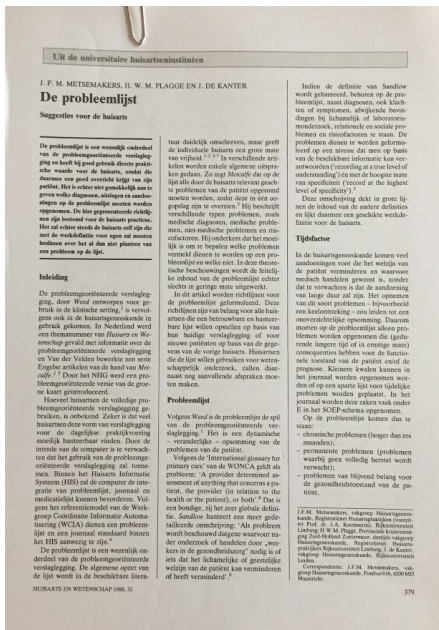
Artikel 'Huisarts en computer'

In een hands-on benadering ontwikkelden ze in korte tijd een HIS dat als MicroHis op de markt kwam.

De verschillende lijnen konden toen samengebracht worden, waarbij het Basisproject omgedoopt werd tot het Registratie Net Huisartspraktijken (RNH).

De RNH-praktijken kregen computers met MicroHis als programma, waardoor zowel het probleem-georiënteerde element voorhanden was en de ICPC was ingebouwd. Wel bleek het begrip "probleem" nog onduidelijk. Wat moest allemaal op die Probleemlijst, wat een essentieel onderdeel was van de verslaglegging. Dat diabetes op de lijst moest was duidelijk. Moest een verkoudheid ook op de Probleemlijst?

Ik schreef samen met Henri Plagge en Joost de Kanter een artikel over de Probleemlijst voor het tijdschrift 'Huisarts & Wetenschap'.



Artikel 'De probleemlijst'

Hoewel dit geen Engelstalig artikel is en het aantal citaties beperkt zal zijn, beschouw ik het als één van mijn belangrijkste artikelen. De definitie en omschrijving van een ‘probleem’ is daarna overgenomen in de literatuur over verslaglegging en door andere huisartsgeneeskundige registraties gehanteerd.

Nu vraagt u zich mogelijk af welke keuzes ik daarin gemaakt heb. In een project maak je keuzes nooit alleen, maar bereik je consensus op basis van overleg. Mijn belangrijkste bijdrage was, dat ik de eerder genoemde lijnen heb samengebracht en de ontwikkeling van het Basisproject (papieren mappen in speciale kasten) naar RNH (geautomatiseerde gegevensverzameling) heb begeleid.

De oorspronkelijke doelstelling van het Basisproject was het beschrijven van het handelen van de huisarts. Henk Lamberts heeft met zijn Transitieproject gekozen om alle aspecten van het consult (de reden van komst, de verrichtingen, de evaluatie of diagnose, en het plan/beleid) in kaart te brengen.

Indien de definitie van Sandow wordt gehanteerd, behoren op de probleemlijst, naast diagnoses, ook klachten of symptomen, afwijkende bevindingen bij lichamenlijk of laboratoriumonderzoek, relationeel en sociale problemen en risicofactoren te staan. De problemen dienen te worden performeerd op een niveau dat men op basis van de beschikbare informatie kan verantwoorden ('receding at a true level of understanding') én met de hoogste mate van specificiteit ('receding at the highest level of specificity').¹

Deze omschrijving dekt in grote lijnen de inhoud van de andere definities en lijkt daarmee een geschikte werkdefinitie voor de huisarts.

Tijdsfactor

In de huisartsenpraktijk komen veel aandoeningen voor die het welzijn van de patiënt verminderen en waarbij medisch handelen gewenst is, zodat dat te verwachten is dat de aandoening van lange duur zal zijn. Het oplossen van dit soort problemen – bijvoorbeeld een keelontsteking – zou leiden tot een onoverzichtelijke opname. Daarom moeten op de problemlijst alleen problemen worden opgenomen die (gedurende langere tijd of in ernstige mate) consequenties hebben voor de functionele toestand van de patiënt en/of de prognose. Kleinere kwalen kunnen in het journal worden opgenomen voor een op een aparte lijst voor tijdelijke problemen worden opgenomen. In het journal worden deze zaken vaak onder E in het SOEP-schema opgenomen.

Op de problemlijst krijgen drie

- chronische problemen (langer dan zes maanden);
- permanente problemen (probleem waarbij geen volledig herstel wordt verwacht);
- problemen van blijvend belang voor de gezondheidsstoestand van de patiënt.

J. F. M. METSEMAKERS, H. W. M. PLAGGE EN J. DE KA
De probleemlijst
Suggesties voor de huisarts

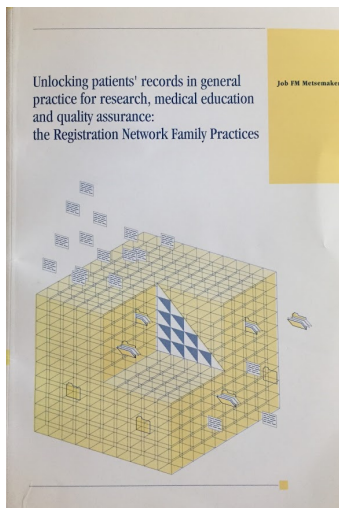
De problemlijst is een wezenlijk onderdeel van de probleemoplossende verzorging en heeft bij goed gebruik directe praktische waarde voor de huisarts, omdat zij daarmee een goed overzicht krijgt van zijn patiënt. Het is echter niet gemakkelijk van tevoren welke diagnoses, uitslagen en aandoeningen op de problemlijst moeten worden opgenomen. De hier gepresenteerde richtlijn zijn bestemd voor de huisarts practicus. Het zal echter steeds de huisarts zelf zijn die met de werkdienste voor ogen zal moeten beslissen over het al dan niet plaatsen van een probleem op de lijst.

tuur duidelijk omschrijven van de individuele huisarts van vrijheid.^{1,3-5,7} In kelen worden enkele ken gedaan. Zo zegt lijst alle door de huisa te problemen van de moeten worden, zod gopslag zijn te overz verschillende typen medische diagnoses, men, niet-medische f cofactoren. Hij onder lijk is om te bepalen vermeld dienen te w bleeclijst en welke

F.F.M. Meentemakers, vakgroep Historigeneer-
kunde, Regeneratieve Histologiepraktijken (voor-
heen Histologiepraktijken), Universitair
Centrum voor Tandheelkunde, Universitair
Ziekenhuis, Postbus 30.001, 3508 TB Utrecht,
The Netherlands. E-mail: f.f.m.meentemakers@
uu.nl

Wij meenden dat het niet zinnig was hetzelfde te doen en geloofden, dat wij het RNH konden positioneren als een steekproefbestand waar andere onderzoekers gebruik van konden maken. Wij wilden van de huisartsen de chronische gezondheidsproblemen, aangevuld met enkele geanonimiseerde persoonsgegevens, opslaan in ons RNH-bestand, dat bij het MEMIC, centrum voor data en informatiemanagement van de universiteit Maastricht, werd ondergebracht. Onderzoekers zouden op deze manier minder moeite hoeven doen om proefpersonen te werven via huisartsen en ook voor huisartsen zou het minder werk zijn om deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek.

Bovendien zou het bestand door zijn opzet uitermate geschikt zijn voor longitudinale analyses en onderzoek naar multi-morbiditeit. Je zou kunnen zeggen dat we al in 1990 de eerste stappen naar Big Data zetten.



Proefschrift

Ik ben in mijn proefschrift uitgebreid op het RNH en de verschillende functies ingegaan. Het RNH werd een voorbeeld voor andere huisartsgeneeskundige registraties in bijvoorbeeld Groningen en Leiden. Sinds 1990 zijn er zo'n 65 onderzoeksprojecten die gebruik gemaakt hebben van RNH-gegevens en er zijn gemiddeld per jaar twee proefschriften (deels) gebaseerd op RNH-gegevens en jaarlijks zo'n acht internationale publicaties.

Het RNH kreeg te maken met de wet van de remmende voorsprong. We hadden een vliegende start met MicroHIS, waar we door het werk van Geert Jan van Schendel, steeds software-aanpassingen en -aanvullingen in de huisartspraktijk, maar ook bij het MEMIC konden doorvoeren, die het gebruik van MicroHIS voor het wetenschappelijk onderzoek bevorderden.

Veel huisartspraktijken uit het hele land die MicroHIS als huisarts informatie systeem kozen wilden ook hun gegevens aan het RNH ter beschikking stellen. We hebben een aantal belangstellende praktijken gevraagd hun gegevens aan te leveren en hebben die vervolgens vergeleken met ons eigen bestand. Er waren grote verschillen, die het gevolg waren van niet consequent gebruik van de registratie richtlijnen. We hebben toen gekozen voor kwaliteit van de gegevens en ons te beperken tot onze 'eigen praktijken'.

Er kwamen naast MicroHIS ook andere huisarts informatie systeem-pakketten op de markt die geen ingebouwde software hadden om gemakkelijk gegevens uit te spoelen voor opslag bij het MEMIC. Ook gingen sommige RNH-praktijken over van MicroHIS naar een ander pakket, omdat de zorggroep of regio naar een ander overstapte.

Hoewel het RNH-bestand gegevens bevatte van 140.000 patiënten met >350.000 chronische ziekten, bleek, met name bij onderzoek van minder frequent voorkomende aandoeningen, dat de steekproef die uit het RNH getrokken kon worden, toch klein en soms zelfs te klein was.

RNH werd RNFM Maastricht

www.rnfm.nl



In 2018 is besloten het RNH om te vormen tot het Research Network Family Medicine (RNFM) Maastricht, waarbij het aantal deelnemende praktijken zal groeien. De bedoeling is dat daardoor in 2020 het aantal actieve patiënten verdubbeld wordt.

Het RNFM maakt nu deel uit van de 'Intercity-groep', een samenwerkingsverband van eerstelijns registratienetten van vijf Nederlandse universiteiten. Binnen dit samenwerkingsverband wordt gezamenlijk onderhandeld met derde partijen, met als meest tastbare resultaat dat op een uniforme manier de gegevens uitgespoeld krijgen uit de aangesloten huisartsen-systemen.

Waar bij het RNH in eerste instantie alleen de chronische gezondheidsproblemen aangevuld met enkele geanonimiseerde persoonsgegevens in ons bestand opnamen, wordt in het RNFM nu de complete dataset van medische gegevens uitgespoeld, inclusief meetwaarden (lab, ketenzorg), waardoor het RNFM interessanter wordt voor onderzoekers

Ik ben van mening dat dit verstandige keuzes zijn, die de oorspronkelijke doelstellingen van het RNH versterken. We hebben een naam hoog te houden met onze dataset die longitudinaal en dynamisch is en zich daarmee onderscheidt van andere netwerken.

Ik wil nog stilstaan bij twee onderwerpen en begin met het academisch netwerk.

De huisartspraktijk in Geulle waar ik in mei 1982 aan de slag ging moest dus een academische of geacademiseerde huisartspraktijk worden.

Maar wat hield dat in? Bij het academisch ziekenhuis (in 1982 nog duidelijk in wording) ging het om begrippen als: Rijksbijdrage academisering, om zeer specialistische zorg, wetenschappelijk onderzoek en 'vertragingstijd' die onderwijs en opleiding mogelijk maakte.

Moest er ook 'vertragingstijd' in de huisartspraktijk en hoeveel. Wie zou dat betalen? Moest de universiteit de praktijk in eigendom nemen? Moesten alle medewerkers van de praktijk in dienst van de Universiteit? Moest er ook academische zeer specialistische zorg in de huisartspraktijk zijn?

Vragen waarop geen eenvoudig of eenduidig antwoord te geven was. Het was onontgonnen terrein.

Ik werkte als huisarts, kreeg onderwijsrollen op de faculteit, zag studenten naar de praktijk komen en werd lid van het Basisproject. Ook Jacques Kuijpers kreeg een aanstelling en werd actief in het onderwijs. Geulle combineerde de verschillende elementen van de academisering en tekende een academiseringovereenkomst, net zoals Gezondheidscentrum Withuis uit Venlo. Huisarts Harry Crebolder vanuit Withuis werd rond die tijd hoogleraar in Maastricht.

Maar Crebolder en ik waren niet de eerste huisartsen die in dienst van de capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde kwamen. Verschillende huisartsen, vooral uit Maastricht, maar ook uit Hoensbroek hadden een kleine aanstelling voor hun bijdrage aan het Basisproject of het onderwijs.

Deze huisartsen kunnen terecht pioniers genoemd worden. Ze droegen actief bij aan onderwijs en wetenschappelijk onderzoek. Maar waren de praktijken waarin deze huisartsen werkten nu daardoor geacademiseerd? Er waren namelijk ook huisartsen die als huisarts-gastheer deelnamen aan het coschap Huisartsgeneeskunde en studenten in de praktijk ontvingen, of als huisartsopleider hun praktijk openstelden voor huisartsen-in-opleiding.

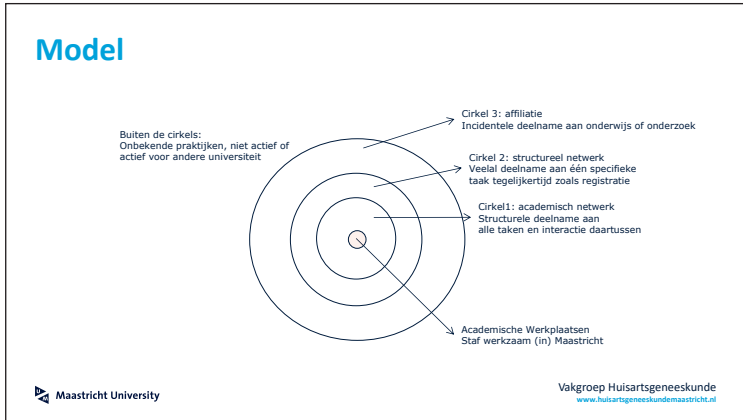
De variatie was groot.

Het was duidelijk dat we een model moesten ontwikkelen om de essentie van de academisering te verduidelijken. Zo kwamen we op het model waarmee we de huisartspraktijken in onze Opleidings- en OnderwijsRegio (OOR) (Limburg en deel van Noord-Brabant) konden indelen.

Er is een beperkte groep huisartsen die op geen enkel manier deelneemt aan onderwijs, opleiding of wetenschappelijk onderzoek. Gebrek aan ruimte en tijd is een veel opgegeven reden, als we navraag doen.

Er is een groep huisartsen die we elk jaar opnieuw om medewerking moeten vragen.

De volgende cirkel bevat praktijken waarmee meer structurele afspraken zijn gemaakt. Het betreft praktijken die veelal aan een specifieke activiteit deelnamen.



De binnenste cirkel bevat praktijken die structureel op meerdere gebieden met de vakgroep samenwerken.

Voor het label ‘geacademiseerd’, dus academische werkplaats, moest er bovendien sprake zijn van innovatie, bij voorkeur op het gebied van gezondheidszorg.

Met deze beperkte groep huisartspraktijken werd regelmatig overlegd om activiteiten projectmatig aan te pakken.

We stimuleerden uitwerking van nieuwe ideeën in de zorg en waren bereid daar beperkte financiën voor beschikbaar te stellen. We vereisten wel een schriftelijke rapportage en bereidheid om uitkomst en ervaringen te delen met andere praktijken in de regio.

Deze geacademiseerde praktijken zijn de kartrekkers geweest bij, onder andere, de ontwikkeling van chronische zorg met praktijkverpleegkundigen.

De telefonische triage is in deze praktijken geïntroduceerd, evenals het Veilig Incident Melden (VIM).

De praktijken waren vroege gebruikers van het Visitatie Instrument Praktijkvoering (VIP) en voorlopers bij accreditering.

Ook hadden we aandacht voor andere disciplines, zoals assistenten en praktijkverpleegkundigen in het kader van interprofessioneel leren.

In de regio Maastricht werden, in samenwerking met de afdeling Transmurale Zorg van het toenmalige azM, een aantal transmurale zorgpaden gestart, waarbij de zorg voor de patiënt beter werd gestructureerd.

In de groep geacademiseerde huisartspraktijken was er altijd een groot enthousiasme om deel te nemen aan door andere praktijken voorgestelde, zorginnovaties. Gemakkelijk was dat niet. De praktijk die iets voorstelde wilde veelal op korte termijn beginnen, terwijl andere praktijken om allerlei begrijpelijke redenen pas later van start konden gaan.



De groep voelde zich duidelijk met elkaar en de afdeling Huisartsgeneeskunde verbonden en liet onderzoeken welke samenwerkingsvorm het meest geschikt zou zijn voor de toekomst.

Er waren in feite drie opties:

1. Geen veranderingen, dat wil zeggen: praktijken blijven zelfstandig en werken op basis van een academiseringsovereenkomst met de afdeling samen
2. De praktijken vormen samen een stichting en die sluit een samenwerkingsovereenkomst met de afdeling
3. De praktijken worden overgenomen/'opgekocht' door het azM en de afdeling huisartsgeneeskunde krijgt ook klinische zorg in het takenpakket

De praktijken kozen voor optie 1, waarbij iedere praktijk eigen zelfstandigheid behield. Ik had mijn kaarten op optie 2 gezet, omdat ik dat als een stevige basis voor continuïteit zag, waarbij praktijken enige autonomie zouden inleveren. Optie 3 zou, dacht ik, nog heel ingewikkeld worden.

Dat de praktijken voor optie 1 kozen, kon ik ook weer begrijpen gezien de ontwikkelingen in de zorg waar, met name in Limburg, op dat moment in korte tijd zorggroepen van de grond kwamen.



De zorggroepen voortgekomen uit plaatselijke huisartsverenigingen contracteerden bij de zorgverzekeraar de chronische zorg voor bijvoorbeeld diabetes- of COPD-patiënten.

Huisartsen en praktijken uit onze binnenste cirkel speelden daarbij vaak een belangrijke rol. Zij hadden immers al ervaring met zorginnovatie en de inzet van praktijkverpleegkundigen.

Wij, als afdeling, moesten mee in deze verschuiving en hebben snel structureel contact gemaakt met de verschillende regionale zorggroepen in Limburg. Daarnaast probeerden we ook contact te houden met de geacademiseerde huisartspraktijken. Zij zijn nog steeds voorlopers en deelnemers aan het RNFM.

Ik heb voor mezelf vier leerpunten over academisering vastgesteld:

1. De wens tot autonomie is bij huisartsen zo groot, dat er een zeer kleine kans is dat ze ooit formeel in dienst van een universitair medisch centrum willen zijn.
2. Bij academisering gaat het om het stimuleren en benutten van de innovatiekracht, ongeacht de organisatiestructuur.
3. Academisering is voor een deel gekoppeld aan personen met hun eigen doelstellingen. Een geacademiseerde praktijk hoeft dus niet per definitie altijd geacademiseerd te blijven, ook al lijkt dat op verspilling van middelen.
4. De aandacht voor voortrekkers is belangrijk, maar samenwerken met alle partijen in het veld blijft noodzakelijk voor het functioneren van de vakgroep.

Mijn laatste onderwerp

De Universiteitskrant 'De Observant' had recent als kop: "Internationalisering zit in ons DNA."

In eerste instantie vond ik dat wel een erg sterke stelling, maar ik kan ermee instemmen. Er werd vroeger immers ook gesproken over de Reisuniversiteit Limburg.

De medische faculteit Maastricht in oprichting kreeg veel buitenlandse bezoekers. Deels kwamen die van Mc Master University uit Canada, want Maastricht moduleerde haar onderwijs naar Mc Master. Maar er kwamen ook bezoekers uit andere landen. Die bezoekers wilden altijd ook met studenten spreken om te horen wat wij ervan vonden. Dat leidde tot uitnodigingen om elders te gaan kijken.

Le Kremlin-Bicêtre






Maastricht University

Vakgroep Huisartsgeneeskunde
www.huisartsgeneeskundemaastricht.nl

Zo reisden we in jaar 1 (of was het toch al jaar 2?) met vier studenten op uitnodiging af naar l'hôpital du Kremlin-Bicêtre, een ziekenhuis in Parijs. We werden ingedeeld op de operatiekamers, alsof we ouderejaars waren. Mijn Franse taalvaardigheid was niet fantastisch en zeker veel minder dan van mijn reisgenoten. Maar ik had wel een auto.

Op bezoek in Bern



Maastricht University

Vakgroep Huisartsgeneeskunde
www.huisartsgeneeskundemaastricht.nl

Hier zijn we, samen met Henk Schmidt, op uitnodiging op bezoek bij studenten in Bern.

Door deze contacten werd ons steeds duidelijker welk speciaal innovatief onderwijsprogramma we hadden. Dat wij geen colleges hadden was ongehoord.

In het vierde studiejaar, waar een keuzeonderwijsperiode van drie maanden was voorzien, verschenen voorstellen voor buitenland stages, zoals een tropenblok in Tanzania en een blok over probleem-georiënteerde verslaglegging in Londen. Prof. Evert Reerink organiseerde voor mij een keuzeonderwijsperiode over 'quality insurance' ofwel 'kwaliteitsbewaking' in Rockford, een plaats in de buurt van Chicago.

Maar mochten we wel naar het buitenland? Waren we dan wel verzekerd en moest het onderwijsprogramma niet goedgekeurd worden door de jaar-coördinator, of de keuzeblok-coördinator?

Het College van Bestuur moest hierover geraadpleegd worden en die gaf na rijp beraad toestemming als er een duidelijk programma beschreven en goedgekeurd was door de faculteit.



Mijn verblijf van drie maanden in Rockford heeft me veel geleerd. Over het onderwerp kwaliteitsbewaking, over de gezondheidszorg, over de cultuur, over surveys en de onderzoeken in de zorg. Ik heb al eerder aangegeven dat deze ervaringen heel nuttig bleken voor de ontwikkeling van het Basisproject, later RNH.

Het contact met Rockford is niet verloren gegaan. Regelmatig volgen masterstudenten geneeskunde met veel plezier hun wetenschapsstage (de zogenaamde WESP-stage) bij Prof. Michael Glasser, één van mijn begeleiders uit 1978.



In Darwin (Australië) heeft het Network: Towards Unity for Health (TUFH) de afgelopen dagen haar 40 jarig bestaan gevierd. Maastricht is één van de *founding institutions* van wat toen heette: Network of Community-Oriented Educational Institutions for the Health Sciences. Het secretariaat is zeker 25 jaar in Maastricht gevestigd geweest bij Ine Kuppen en later bij Pauline Pluggen.

Binnen het Network kwamen de nieuwe/jonge medische opleidingen bij elkaar die vernieuwend waren op het gebied van onderwijs en

community orientation bij elkaar. Er kwam minder focus op grote ziekenhuizen, maar meer aandacht voor zorg in de communities. We zouden kunnen spreken van primary care.

Deelnemers uit Maastricht, waaronder ook studenten, konden zeker in die beginjaren, uitvoerig vertellen over onderwijsprogramma's zoals OEL, het Adoptiemodel, het coschap huisartsgeneeskunde, het skillslab, onze toetsing. Het klinkt voor ons misschien wat raar dat dit bijzonder was, maar onderwijs buiten het ziekenhuis was uitzonderlijk voor veel landen.

Ik heb verschillende bijeenkomsten van het Netwerk bijgewoond en ben via die contacten later betrokken bij projecten van SHE Collaborates, de afdeling van onze faculteit, die ontwikkeling van nieuwe opleidingen wereldwijd ondersteunt.



In een project met de Universitas Gadjah Mada (UGM), uit Yogyakarta (Indonesië), oorspronkelijk gericht op de verdere ontwikkeling van het undergraduate of basiscurriculum, is de stap gezet naar de opleiding van een huisarts/primary care doctor in Indonesië. Die zou na de basisopleiding van 5 1/2 jaar een additionele 3-jarige opleiding moeten volgen.

De eerste stappen zijn gezet: er is wetgeving, nog veel tegenwind en nog veel te doen. Geraldine Beaujean, Geertjan Wesseling, Marijke Kruijthof en Marlieke Bouwmans aan Maastrichtse kant en Mora Claramita, een SHE alumna in Indonesië, hebben enorm veel werk verricht. Ook Tjay Tan, één van mijn jaargenoten en afkomstig uit Indonesië, heeft via de Stichting Diaspora contacten op politiek niveau. Het gaat wel lukken, maar in een voor ons Nederlanders traag tempo.

Daarnaast mag er ook meer aandacht komen voor ziektebeelden, die nu nog maar beperkt in Nederland voorkomen, maar waarvan de incidentie aan het toenemen is. Denk daarbij aan Dengue of Sikkelcelziekten. Of denk ook aan Ebola, in Nederland niet voorkomend, maar door een reiziger binnen een dag vanuit Afrika op de drempel van de huisartsenpost/ziekenhuis gebracht.

Ik denk dat het College van Bestuur in 1978 terecht vroeg om een goed omschreven programma van ons buitenlands keuzeonderwijs. Eigenlijk gaat het om twee samenhangende onderdelen. Allereerst het programma zoals afgesproken en vastgelegd tussen Maastricht en de buitenlandse gastheer-instelling. Daarnaast is er het persoonlijk leerplan van de student, die eigen specifieke leerdoelen moet koppelen aan de meer globale leerdoelen van het programma.

De commissie Keuzeonderwijs Buitenland, waarvan ik enkele jaren voorzitter mocht zijn, stelde op basis van feedback van studenten vast, dat niet alle programma's meer *up to date* waren. Soms was de oorspronkelijke begeleider verdwenen en wisten opvolgers niet wat er nu verwacht werd. In een aantal gevallen bleek het programma gewijzigd zonder goede communicatie daarover. Studenten moesten ter plekke alternatieven vinden.

Nu is enige flexibiliteit helemaal niet verkeerd en zelfs leerzaam. Maar ik denk dat het goed is de stageplaatsen in een schema van regelmatige review en bijstelling te plaatsen, zodat studenten erop aankunnen dat het aangeboden programma ook werkelijk beschikbaar is en studenten een verantwoorde keuze kunnen maken. Hieraan wordt gewerkt. Twee stageplekken zijn, onder andere, op basis van slechte beoordelingen gesloten en werkbezoeken naar andere stageplekken staan gepland.

Mijn opmerkingen over het bewaken van de kwaliteit van de keuzeonderwijsplekken geldt ook onverminderd voor coschapplekken in het buitenland.

Terugblik

Dames en heren, ik heb u in het begin van mijn lezing gezegd dat ik in mijn afscheidsrede nostalgisch terug zou kijken.

Ik heb dat aan de hand van een beperkt aantal onderwerpen gedaan en ik hoop dat ik nog enkele punten ter overdenking achterlaat.

Uiteraard zijn er ook momenten waarbij ik een verkeerde of ongelukkige keuze heb gemaakt. Hoewel ik voor transparantie ben, zal ik deze, ook gezien de tijd, niet nu met u gaan bespreken. Ik voel gewoon dat de rector het daarmee eens is.

Dankwoord

In tegenstelling tot wat gebruikelijk lijkt, begin ik met het danken van mijn gezin.

Mijn zoon Maarten, mijn dochter Stefanie met haar partner Tetsuro en hun kinderen Yuna en Miki, mijn dochter Evelien en mijn vrouw Henriëtte. Zij hebben allen de transitie gezien van een huisarts met werk op de Uni, naar een Hoogleraar op de Uni, die geleidelijk ophoudt als huisarts te werken.

Ik ben dankbaar voor jullie steun en heb bewondering voor de wijze waarop jullie in de veranderende wereld jullie keuzes maken.

Henriëtte: in het dankwoord van mijn oratie heb ik benoemd dat je me de ruimte geeft maar ook grenzen stelt. Dat ben je in de afgelopen jaren blijven doen. Mijn grote dank daarvoor. En over een jaar ben jij ook uitgezwaaid. Dan begint weer een nieuwe fase.

Ik zal me in mijn verder dankwoord beperken, want 45 jaar samenwerken binnen een Universiteit levert een uitgebreid netwerk aan samenwerkingscontacten op.

Ik dank Prof. Coen Hemker. Hij vertelde me bij de opening van de medische faculteit Maastricht (MFM) op maandag 16 september 1974, in een koffiepauze, dat het bij de MFM in oprichting niet alleen ging om een opleiding tot dokter, maar dat er ook wetenschappelijk onderzoek

zou gaan plaatsvinden. Het was een inspirerend gesprek en wellicht is toen het eerste zaadje voor mijn latere wetenschapsactiviteiten geplant, ook al zijn die niet op het terrein van de bloedstolling.

Van de Hoogleraren en medewerkers van de eerste jaren wil ik Prof. Winand Wijnen, Prof. Henk Schmidt, Peter Bouhuys en Hetty Snellen noemen. Zij hebben mij meegenomen in curriculumontwikkeling, formatief en summatief toetsen, de VGT ofwel de in Maastricht ontwikkelde Voortgangstoets, de zevensprong, de rol van de tutor, etc. Wellicht het meest belangrijke was het besef, dat ook onderwijsmethodes wetenschappelijk onderbouwd konden worden.

Uiteraard ben ik zeer veel dank verschuldigd aan Prof. Evert Reerink die mijn keuzeonderwijsperiode in Rockford heeft georganiseerd. Dat is een cruciale keuze geweest, die richting heeft gegeven aan mijn verdere loopbaan.

Ik heb al vermeld dat Prof. Co Greep geen gelukkige hand heeft gehad in de ontwikkeling van een academisch Gezondheidscentrum in De Heeg. Toch ben ik hem dankbaar. Hij heeft mij, op voorstel van Prof. Wim Brouwer, in april 1982 in dienst genomen om de academisering in de eerste lijn verder uit te werken. Daarbij heeft hij me zeer gesteund, evenals bij plannen ten aanzien van het RNH.

Prof. Wim Brouwer heeft me de academisering toevertrouwd, me bij het Basisproject betrokken en ook mijn droom van een academische praktijk vervuld. Ik denk daarbij ook met grote dankbaarheid aan Jacques Kuijpers, de huisarts uit Geulle, die het aandurfde met een jonge huisarts en een nog maar half uitgewerkt concept van academisering, de samenwerking aan te gaan. Ik heb veel van hem geleerd.

In het Gezondheidscentrum Geulle heb ik een fantastische tijd als huisarts gehad met in eerste instantie Paul Zwietering en Jean Muris als maten en later met Ramon Ottenheijm en Ingrid Meuwissen. Samen met assistentes, praktijkverpleegkundigen uit de praktijk en de andere collegae van de Huisartsengroep Elsloo/Geulle hebben we vorm gegeven aan academisering: innovaties in de zorg, wetenschappelijk onderzoek gebaseerd op praktijkvragen, onderwijs aan studenten, opleiden van huisartsen. En dat door huisartsen in parttime dienst van de Universiteit. Ik ben trots en dankbaar.

Ik dank mijn collega-hoogleraren Huisartsgeneeskunde uit den lande voor de prettige en constructieve samenwerking. Ik heb met genoeg vastgesteld, dat ook de samenwerking met de Hoofden Huisartsopleiding in de afgelopen jaren verbeterd is. Gelukkig maar, want we zijn toch één *family*.

In mijn eigen Vakgroep heb ik steun ontvangen van mijn collega-hoogleraren. Ik heb ze maar even op een rijtje gezet zodat u de namen kunt lezen.

Dankwoord - hoogleraren

- Wim Brouwer, Cees de Geus, André Knottnerus, Harry Crebolder, Jan van Ree, Richard Grol, Frank Buntinx, Onno van Schayck, Geert-Jan Dinant, Trudy van der Weijden, Jos Schols, Sandra Beurskens, Jany Rademakers, Jacobus Burgers, Jochen Cals, Marjan van den Akker.

 Maastricht University

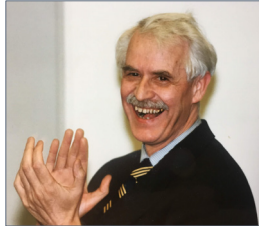
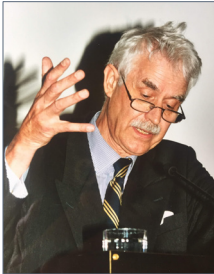
Vakgroep Huisartsgeneeskunde
www.huisartsgeneeskundemaastricht.nl

Ik dank alle medewerkers van de vakgroep en noem specifiek de jarenlange secretariële ondersteuning door Ine Siegelaer. Ook Babette Doorn noem ik apart voor haar inhoudelijke inbreng bij de academisering en alle daarbij behorende projecten.

Ik steek nu in Randwijck de straat over en kom bij Hans Fiolet, het voormalig hoofd van de afdeling Patient en Zorg (en nog eerder de afdeling Transmurale zorg). In goede samenwerking met de huisartsen uit Maastricht en omstreken (en specifiek Nandus Vierhout en George Beusmans) zijn belangrijke stappen gezet in de samenwerking van huisartsen en ziekenhuisspecialisten. Hans heeft deze ontwikkelingen met veel energie en creativiteit gesteund. Ik dank hem, de medewerkers van de afdeling en de Raad van Bestuur van het Maastricht UMC+.

Helaas kan ik vandaag Prof. Harry Crebolder, mijn voorganger als voorzitter van de Vakgroep Huisartsgeneeskunde, niet meer persoonlijk toespreken en danken voor zijn steun op meerdere momenten in mijn loopbaan. Het afscheid van André Knottnerus eind 2018, heeft hij kunnen bijwonen. De datum van mijn afscheid was te ver weg.

Dankwoord



 Maastricht University

Vakgroep Huisartsgeneeskunde
www.huisartsgeneeskundemaastricht.nl

Ik zal zijn gezegde “Goede Moed” blijven herinneren.

Ik heb mijn afscheidsrede gekoppeld aan 45 jaar UM en mijn jaargroep daarvoor uitgenodigd. Ik zie met genoegen dat er een flink aantal naar Maastricht is afgereisd. Ik denk dat weinigen beseffen welke reis wij tussen 1974 en 1980 gemaakt hebben. Ik dank jullie voor de saamhorigheid en vriendschap.

Jaargenoot Koen van Vugt zei bij het uitreiken van de eerste artsdiploma's in juli 1980, dat het vuur in Maastricht ontstoken is, maar dat er wel regelmatig nieuwe blokken hout op het vuur gelegd moesten worden om het vuur te laten branden.



Ik denk dat zowel de bestuurders van de Faculteit Geneeskunde, nu de Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, en de bestuurders van de Rijksuniversiteit Limburg, nu de Universiteit Maastricht, dat vuur brandend hebben gehouden. Ik dank het huidige College van Bestuur en daarmee ook haar voorgangers.

Ik ben trots op **mijn** Universiteit Maastricht en dankbaar dat ik er heb mogen leren en werken.

Ik heb genoeg gezegd.



Dit boekje is een uitgave van:
Vakgroep Huisartsgeneeskunde FHML
Maastricht University
Postbus 616
6200 MD Maastricht
op1ijn@maastrichtuniversity.nl
www.huisartsgeneeskundemaastricht.nl
www.familymedicinemaastricht.nl

